

Psykiatrisk diagnostik ur en klinikers synvinkel

A propos DSM-III

Wolfgang Rutz

Den psykiatriska diagnostiken genomgår för närvarande en mycket livaktig och lovande utveckling. I Sverige har bl a på senare år introducerats en väsentligen för forskningen användbar amerikansk diagnostik, den sk DSM-III, som visat i många avseenden god jämförbarhet och säkerhet. Att den samtidigt erbjuder stora problem i det praktiska arbetet belyser i nedanstående artikel överläkare Wolfgang Rutz vid psykiatriska kliniken, Visby lasarett.

De synpunkter som framförs kan i många avseenden ha betydelse också vid annan typ av diagnostik.

Inledningsvis skall nämnas vem och vad jag representerar i detta sammanhang:

— dels mig själv som humanistiskt orienterad psykiater med en medfödd oförmåga att förstå sig på bruksanvisningar och en viss aversion mot reduktionistiska försök att uppfatta mänskliga tillstånd som alltför linjära och kvantifierbara,

— dels en bristfällig verklighet på en landsortsklinik, där vi bara är i början och enbart nödtorftigt har bekantat oss med DSM-III på en dagskurs, som väckte intresse, men ingen entusiasm. Vi har inte konsekvent börjat använda DSM-III annat än för vissa ändamål, men stapplar oss hjälpligt fram med ICD-systemet enligt socialstyrelsens åläggande.

Varför behövs egentligen psykiatrisk diagnos?

Huvudsyftet med en diagnostisk tillståndsanalys måste vara att den behövs för terapin. "Före terapin har gudarna satt diagnosen" säger Hippokrates.

I och med att diagnosen bestämmer terapin så bör den också helst säga något om de faktorer som ligger bakom psykiatriska störningar och där är det inte så mycket som vi vet idag. Något är det dock:

Vi vet att psykiatriska insjuknanden sker multifaktoriellt (beroende på många orsaker) i en kontinuerlig process från frisk till sjuk, där olika sjukdomsbefrämjande faktorer i ömsesidig interaktion samverkar. Insjuknandet sker stegvis, ibland i kvalitativa språng, sjukdomströsklar förminskas mer eller mindre kontinuerligt och ofta passerar ett gränsområde och en sjukdomsgräns på väg in i psykosyndrom som vi psykiater sedan känner igen och värderar som psykiatriska sjukdomstillstånd.

Ju sjukare man blir i detta kontinuum in mot det sjuka hållet, desto mer lik blir man varandra, vilket gör att ens tillstånd så småningom blir diagnostiserbart som känd, så att säga "klassisk sjukdom".

Vet vi att sjukdomsutvecklingen betingas multifaktoriellt så drar vi ur detta slutsatsen att även behandlingen som skall motverka de sjukdomsalstrande faktorerna helst bör vara lika multifaktoriellt. Därför behövs en terapeutisk arsenal hemmahörande i de biologiska, psykologiska, sociala och existentiella dimensioner, som ligger bakom insjuknandet.

Skall ett diagnossystem leda till adekvat behandling, så borde det alltså ta hänsyn till kontinuum, multifaktorialitet och interaktionen (samspel) mellan patogena (sjukdomsbefrämjande) faktorer.

.....
Ju sjukare man blir desto mer lik blir man varandra, vilket gör att ens tillstånd så småningom blir diagnostiserbart som så att säga "klassisk" sjukdom.
.....

Med en suck och en axelryckning tillfredsställer vi socialstyrelsens krav på statistisk redovisning.

Diagnoser borde helst även innehålla en prognostisk hänvisning som får oss att associera i realistiska banor, när det gäller våra terapeutiska förväntningar.

Ytterligare tror jag att en psykiatrisk diagnos borde återspegla det vad jag tror psykiatri är – nämligen ett övergripande kunskapsområde och arbets sätt som integrerar olika aspekter på psykiatriskt insjuknande och terapi. Det är enbart denna psykiatriska diagnostiska samsyn som möjliggör och legitimerar psykiaterns samordnings- och ledningsfunktion i t ex ett psykiatrisk team.

Hur har vi då klarat oss fram tills idag?

På ett sätt relativt bra – t ex på min ö, där vi med en suck och en axelryckning tillfredsställer socialstyrelsens krav på statistisk redovisning i och med att vi sätter ett ICD-9 diagnosnummer som i alla fall inte är helt fel.

Komplexiteten försöker vi ta hänsyn till i våra epikriser med diagnoser av typen: "akut depressiv insufficiens utan melankoliseringstecken hos tre gånger frånskild subsolid fembarnsmamma med depressiv hereditet och otrygg uppväxt efter att kat ten har sprungit bort, en ny relation har börjat spricka och värmepannan pajat för femte gången".

Det är klart att en sådan diagnos är rätt så multidimensionell och heltäckande och även kommunicerbar i epikriser (journalernas sammanfattningar), men knappast operationaliseringsbar för forskningsförehavanden eller vetenskaplig kommunikation.

ICD-9's vida ramar ger också utrymme för den diagnostiska musikalitet och det "finlirande" som jag vill tro är tecken på psykiatrisk professionalism. Systemet är mindre stringent och pretentiöst och tillåter individuella tolkningar på gott och ont. Bl a har vi möjligheten att med tanke på diagnosens sociala konsekvenser vara lite försiktiga med att sätta en schizofrenietikett på en patient medan vi kanske

är lite mindre garderade med att sätta diagnosen: Neurosis UNS, till glädje för en och annan värnplik tigt.

För speciella ändamål använder vi diagnossystem enligt Kraepelin, Schneider, Feighner, Andreassen eller Åsberg för att nämna några exempel. Diagnos system som jag själv tycker är rätt så användbara, men som samtidigt hela tiden associerar en välgörande relativitet mot bakgrund av vår vetskap att det har bakom sig människor av kött och blod.

Helt hjälplösa var vi alltså inte, jobbet fungerar någorlunda och sättet att diagnosticera ledde i många fall till adekvata multidimensionella terapiproaches.

Även kommunikationen fungerade någorlunda, i alla fall i de diagnostiska subkulturerna som en ö, en stad eller ett land kan utgöra, där viss utbildnings och värderingsgemenskap råder.

Samtidigt fanns förstås stora brister, framför allt gällande internationell kommunikation, kommunikation mellan forskning och klinik samt kommunikation olika skolor emellan, t ex mellan representeranter för biologiskt synsätt och psykodynamiskt orienterade sådana. Det är faktiskt bara några år sedan att för många av oss klart definierbara sjukdomsbegrepp som schizofreni ansågs vara icke befintliga av psykiatriskt verksamma människor med andra referensramar, värderingar och så kallade "människosyn".

Det är framför allt denna brist i vetenskaplig stringens och reproducerbar kommunikation som har varit ett handikapp.

Idag lanseras nu DSM-III, påhejad av internationellt orienterad forskning och med detta för första gången ett system, som inte längre uttrycker vad människor av kött och blod har ansett vara definition på vissa tillstånd inom psykiatrin, utan som är dels i konsens och dels faktoranalytiskt framtagen och har ett anspråk på att vara rätt så globalt, heltäckande, operationaliseringsbart, reproducerbart och rätt så rätt.

Vad kan jag då som kliniker med min ytliga kunskap om DSM-III tycka om detta system, som med sina beslutsträd och sin binära antingen-eller-attityd pekar rakt in i dataåldern?

Jag tycker att systemet tar lite för lite hänsyn till

patologins relativitet och multifaktorialitet. Dess tänkande är statiskt, ibland atomistiskt och tar för lite hänsyn till processer. Komplicerande besluts-trädsställningstaganden leder till skenbart rätt så snäva och väl definierade diagnoser, där jag samtidigt som kliniker frågar mig om de inte ändå är rätt så heterogena och kan ge problem i terapi och forskning. Ett exempel är dystymidiagnosen, som för mig tycks innehålla ett sammelsurium av tillstånd härstammande ur predepressiva, ångestneurotiska, praeschizofrena eller karaktärsstörningskategorier och inte det som jag som kliniker mest skulle förmoda, nämligen en beskrivning av ett väl igenkännbart, mer eller mindre stabilt dystymiskt gränssområde till egentlig depression innan melankolisering sker.

Att, som man gör i DSM-III, anse en depression vara en möjlig pålagring på dystymin eller tala om att ett bipolärt affektivt syndrom kan påagra sig en cyklotymi är för mig en artificiell värld, ungefär på samma sätt som om man skulle tala om schizofreni som en pålagring på ett borderlineschizofrent tillstånd. Jag saknar processtänkandet och kontinuitetsaspekten.

Ett annat exempel är schizofrenidiagnosen, som tycks uteslutas av ett före insjuknandet föreliggande amfetaminmissbruk. För mig är det en klinisk erfarenhet att det ena kan leda till det andra.

Enligt DSM-III talar ett tidsmässigt nära "samband med omskakande händelser" mot en schizofrenidiagnos samtidigt som det är min kliniska erfarenhet att många schizofrenier debuterar i samband med partus, förälskelse eller annan omskakning.

DSM-III är multiaxialt — om än lite halvhjärtat. Övervägande tonvikt läggs på axlarna för kliniska syndrom, personlighetsstörning och somatisk sjukdom och enligt bruksanvisning skall "enbart i speciella kliniska sammanhang" hänsyn tas till graden av psykosocial påfrestning. För mig är det klinisk vardagsmat att behöva göra detta i så gott som varje enskilt fall.

.....
Många schizofrenier debuterar i samband med partus, förälskelse eller annan omskakning.

.....
Risken är att vi tvingas stoppa in patienterna i en diagnostisk Prokrustessäng, där de först måste bli av med fötterna eller i värsta fall huvudet för att passa in.

Försök att kvantifiera och objektiviera mänskligt subjektivt lidande och psykosocial påfrestning med exemplifieringarna "mindre banklån, familjeproblematik eller koncentrationsläger" gör på mig ett något tafatt intryck. Sedan är det ju ett tappert försök.

Överlag får jag som kliniker en känsla av att tvingas in i en diagnostisk tvångströja som ibland fjärmar mig rätt så påtagligt från verkligheten.

Samtidigt är den avancerade diagnostiken inte längre min domän. I framtiden kanske jag slås på fingrarna av mina skötare eller ännu värre av någon dator som har programmerats med DSM-III och enligt beslutsträdet kommit fram till att någon har en schizofreni, där jag inte alls är så säker — eller tvärtom.

Jag tror att ju mer erfaren som psykiater man är, desto svårare har man att använda sig av DSM-III som den slutgiltiga psykiatriska diagnostiken. Jag får en känsla av kandidatnivå och bristande utrymme för professionalism på samma sätt som min kliniska erfarenhet ofta gör det svårt för mig att rätt besvara multiple-choice-frågorna ur psykiatriska AT-prov som mina underläkare klarar av i ett vips.

Risken är att vi tvingas stoppa in patienterna i en diagnostisk Prokrustessäng, där de först måste bli av med fötterna eller i värsta fall huvudet för att passa in, bli kommuniceringsbara och få en diagnostisk "interbedömarreliabilitet".

Om sedan DSM-IIIs användning får negativa konsekvenser i form av brister på den komplexitet, som jag tycker kännetecknar bra psykiatrisk vård, får framtiden utvisa.

Vad är det då som är bra med DSM-III?

DSM-III är trots allt multiaxialt och tvingar oss dels till ett systematiserat tänkande, vilket är bra, framför allt under upplärningstiden, dels till att tänka multifaktoriellt.

Det är bra att DSM-III tvingar till differentialdia-

gnostisk medvetenhet, som allt för ofta kommer till korta i vår kliniska vardag, framför allt i den specialistbristsituation som råder på landsorten.

Det är också bra att DSM-III är deskriptiv och på det sättet undviker att ta ställning till vetenskapligt omstritt patofysiologi utan att för den skull hemfaller åt diagnostisk apati. Den gör inga anspråk på att förklara tillstånden, vilket ju å andra sidan kan vara en brist, när den alltför lite tar hänsyn till ofta iögonfallande multifaktoriell genes.

DSM-III fokuserar på behovet av psykiatrisk forskning i preventions- och evalueringssyfte och gör medveten om att en förutsättning för denna forskning är en fungerande kommunikation mellan klinik och forskning och psykiatri i olika länder. Vi får bara hoppas att de av DSM-III för forskning identifierade patientgrupper är tillräckligt homogena för att dessa vinster kan slå igenom. Problem finns där. Så känner jag en patient med ifrån tidigaste början klinisk diagnosticerbar cykloid psykos, vilken idag har blivit helt uppenbar, som har ingått i avancerade DSM-III selekterade schizofreniforskningsprogram på två av våra mest framstående forskningskliniker.

Även om man saknar det sublima, så är det bra att vi åtminstone preliminärt har kommit överens om ett språk, som vi gemensamt kan bestämma oss för att använda, även om vi är medvetna om dess bristfällighet – det är som att lära sig "BASIC".

När det dock sägs i DSM-IIIs inledning att den

leder till en bättre diagnostisk reliabilitet, så har jag mina dubier. Jag tror att det som blir mera tillförlitligt är kommunikationen kring patienter som är grupperade i ett gemensamt diagnostiskt referenssystem. Detta säger dock för den delen ingenting om sanningshalten och reliabiliteten i systemets diagnostiska begreppsvärld.

Det är slutligen bra att vi i Sverige bekantar oss med ett av de idag internationellt mest accepterade diagnossystem. Jag tror också att det är bra att vi lär oss att använda det med sund skepsis.

DSM-III kan bli en tillgång, bara vi är medvetna om systemets relativitet, inte ta det som ett påbud utgående ifrån psykiatriska föreningens styrelse hur all värld skulle diagnosticeras och inte förväxlar förmågan att sätta en diagnos enligt DSM-III med den psykiatriska diagnostikens höga konst.

Jag vill avsluta med två Goethesentenser:

"Eigentlich weiss man nur wenn man wenig weiss. Mit dem Wissen wächst der Zweifel."

"Egentligen vet man bara när man vet lite – med kunskapen växer tvivlet", – man förstår alltså mindre.

– och ett annat:

"Was man nicht versteht, besitzt man nicht"

"Det man icke förstår äger man icke."

Båda uttalandena är sanna och bäddar för problem. Vi kommer möjligen aldrig att "äga DSM-III". Dess mindre, kanske, ju mer vi vet.